

	Sala Operatoria MODULO DI RICHIESTA ESAME CONGELATORE AL SERVIZIO DI ANATOMIA PATOLOGICA	Mod. 0060	Pag. 1 di 1
		Parola chiave: <i>congelatore</i>	
		Rev. 00	del 31/10/2024

REPARTO: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

NATO A: _____ IL: _____

RESIDENTE A: _____

IN VIA: _____

COD. PAZIENTE: _____ N° CODICE FISCALE: _____

MEDICO RICHIEDENTE: _____

MATERIALE INVIATO:

1) _____	2) _____
3) _____	4) _____
5) _____	6) _____

NOTIZIE CLINICHE: _____

TIPO INTERVENTO: _____

CASALE M.TO, LI _____

FIRMA CHIRURGO _____ FIRMA INFERMIERE _____

FIRMA TRASPORTATORE _____ FIRMA RICEVUTA _____